

【記入例】

| | | | |
|------|-----|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 主 査 | 担 当 |
| | | | |

支給伺 年 月 日

| | | | | | | | | |
|-----|----------|---|------|---------|------|---------|-------|---------|
| 支給額 | 法定給付 | 円 | 支給期間 | 自 年 月 日 | 待機期間 | 自 年 月 日 | 支給開始日 | 年 月 日 |
| | 付加給付 | 円 | | 至 年 月 日 | | 日間 | | 至 年 月 日 |
| | (延長)付加給付 | 円 | 標準報酬 | 月額 | 千円 | 計算式 | | |
| | 合 計 | 円 | | | | | 日額 | 円 |

傷 病 手 当 金
傷病手当金付加金
延長傷病手当金付加金

請 求 書 (第 回)

| | | | | | | |
|--------------|---|---|------------|---|----------------|-------|
| 被保険者が記入するところ | 被保険者の業務種別 | 一般事務 | 資格取得年月日 | 1990年 4月 1日 | 資格喪失後のときはその年月日 | 年 月 日 |
| | 傷病名 | 〇 〇 | 発病又は負傷の年月日 | 2001年 10月 1日 | 発病又は負傷の原因 | 不明 |
| | 労務に服することができなかった期間 | 2010年 10月 1日 より 2010年 10月 31日 まで | 31日間 | 第三者行為によるもので 有・無 <input checked="" type="radio"/> | | |
| | 上記期間中報酬の全額又は一部を受けたとき或は受け得るときはその期間及び額 | 年 月 日 より 年 月 日 まで | 日間 | _____円 | | |
| | 年金受給の有無 (いずれかに○を記入) | 年金受給無し ----- 現在受給中 ※受給中の場合は、次の年金の種類の内いずれかに○を記入し、 年金額がわかる書類(写) を添付ください(第1回目と年金改定時のみ) | | | | |
| | 1. 老齢基礎年金 2. 老齢厚生年金 3. 障害基礎年金 4. 障害厚生年金 5. 障害手当金 6. 在職老齢年金 | | | | | |

上記のとおり申請いたします。

東京電力健康保険組合理事長 殿

| | | | |
|------------|---|---|---------|
| 所属事業所名 | HD 本社 | | |
| 被保険者証記号・番号 | 100 | — | 1111111 |
| 現住所 | 〒〇〇〇-1234 東京都北区赤羽〇-△-× | | |
| フリガナ氏名 | 健保 三郎 (ケンボ サブロウ) | | |
| 振込先 |◇□.....銀行.....××駅前.....支店 (普通)当座.....口座番号.....0000123 | | |

※押印は廃止となっております。

| | | | | |
|-------------------------|----------------------------|--|---|----------------|
| 療養担当者（医師）が意見を記入・証明するところ | 患者名 | 傷病名 | 療養の給付を | 年 月 日 (初診日) |
| | 上記傷病名とレセプト記載の病名が異なる場合はその理由 | | 1回目を申請する場合 無給となる日より 4 日前からの期間を記入。 例えば 8 月 1 日から無給となる場合は 7 月 28 日から | |
| | 発病又は負傷の原因 | | | |
| | 労務不能と認められた期間 | 年 月 日 より 年 月 日まで | 日間 | 日間 |
| | 入院した場合 | 入院期間 | 年 月 日 より | 日間 |
| | 症状の主症状 ※診療実日数が | <div style="border: 2px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> こちらの記入は医師へ依頼してください。 </div> | | |
| | 上記のとおり 年 | | | |
| | | 医療機関名 保険医 氏 名 電 話 | | |

| | | | | | |
|---------------------|---|---|----------|-------------|---|
| 事業主が証明するところ（在職中の場合） | 労務に服さなかった期間 | 年 月 日 より | 年 月 日 まで | 日間 | |
| | 下記のカレンダー 出勤は○、有給休職は△、無給休職は/でそれぞれ表示してください。 | | | | |
| | 年 | <div style="border: 2px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> こちらの記入は事業主(会社)へ依頼してください。 </div> | | 無給休職日数 日 | |
| | 年 | | | 無給休職日数 日 | |
| | 上記期間 | | | を支給しました。 | |
| | (旧制度) 傷病休職期間満了予定日 | 年 月 日 | 満了予定 | | |
| | (新制度) 傷病休職開始日・残日数 | 開始日 | 年 月 日 | 残日数 | 日 |
| 事業主代理人 | | | | | |

(注) 月ごとに申請してください。